

Eignungsuntersuchungen der Atemschutzgeräteträgerinnen und Atemschutzgeräteträger der freiwilligen Feuerwehren der Länder Sachsen-Anhalt und Thüringen

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt,

nach der Unfallverhütungsvorschrift „Feuerwehren“ dürfen für den Feuerwehrdienst nur körperlich geeignete Feuerwehrangehörige eingesetzt werden. Besondere Anforderungen an die körperliche Eignung werden insbesondere an Feuerwehrangehörige gestellt, die als Atemschutzgeräteträgerin oder Atemschutzgeräteträger Dienst tun. Die körperliche Eignung der Atemschutzgeräteträgerin oder des Atemschutzgeräteträgers ist nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin (z. B. DGUV Empfehlung für arbeitsmedizinische Beratungen und Untersuchungen/ Eignungsbeurteilung „Atemschutzgeräte“ oder feuerwehrspezifisches Regelwerk) regelmäßig nachzuweisen.

Eignungsuntersuchungen von Atemschutzgeräteträgerinnen und Atemschutzgeräteträgern der freiwilligen Feuerwehr fallen nicht in den Geltungsbereich der Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV). Für die Eignungsuntersuchungen der Angehörigen der freiwilligen Feuerwehren bestehen aktuell keine Vorgaben, die den Kreis der untersuchenden Ärztinnen oder Ärzte in Bezug auf diese Eignungsuntersuchung einschränken. Die Auswahlverantwortung für eine geeignete Ärztin oder einen geeigneten Arzt liegt bei der Gebietskörperschaft als Trägerin der Feuerwehr.

Die Pflicht der beauftragten Ärztin bzw. des beauftragten Arztes zu prüfen, ob er fachlich - vom Ausbildungs-/Weiterbildungsstand - und von der technischen Ausstattung her in der Lage ist, den Eignungsuntersuchungsauftrag anzunehmen und durchzuführen, bleibt hiervon unberührt.

Bei der Eignungsuntersuchung der Atemschutzgeräteträgerinnen bzw. der Atemschutzgeräteträger auf Grundlage der Unfallverhütungsvorschrift „Feuerwehren“ wird die DGUV Empfehlung für arbeitsmedizinische Beratungen und Untersuchungen/ Eignungsbeurteilung „Atemschutzgeräte“ vertraglicher Bestandteil zwischen Ihnen und der beauftragenden Kommune.

Die Feuerwehr-Unfallkasse Mitte führt für die Kommunen der Länder Sachsen-Anhalt und Thüringen eine „Liste der für die Eignungsbeurteilung Atemschutz bei Angehörigen der Feuerwehren der Länder Sachsen-Anhalt und Thüringen geeigneten Ärztinnen und Ärzte“. Diese wird den Kommunen auf Anfrage zur Verfügung gestellt.

Die Voraussetzungen für die Aufnahme in die genannte Liste werden von uns im Auftrag der Kommunen an Hand des beigefügten Fragebogens geprüft. Wenn Sie Interesse an der Aufnahme in die Liste haben, senden Sie uns den nachfolgenden Fragebogen bitte ausgefüllt zurück.

Sollten Sie bisher nicht die Gelegenheit für eine Teilnahme an einer entsprechenden Fortbildung gehabt haben, ist dies möglichst innerhalb der nächsten 2 Jahre nachzuholen.

Die Eintragung in die o. g. Liste erfolgt für 5 Jahre und kann auf Ihren Antrag hin entsprechend verlängert werden, wenn die Voraussetzungen hierfür weiterhin erfüllt sind und innerhalb von 5 Jahren an einer entsprechenden Fortbildung teilgenommen wurde.

Die Aufnahme in die Liste begründet keinen Anspruch auf die Durchführung von entsprechenden Untersuchungen. Die Kommune bleibt frei in der Auswahl und Bestimmung der für sie tätig werdenden Ärztinnen und Ärzte.

Ihre Feuerwehr-Unfallkasse Mitte

Absender:

Feuerwehr-Unfallkasse Mitte
Geschäftsstelle Thüringen
Magdeburger Allee 4
99086 Erfurt

Rückantwort

Eignungsuntersuchungen der Atemschutzgeräteträgerinnen bzw. der Atemschutzgeräteträger der freiwilligen Feuerwehren der Länder Sachsen-Anhalt und Thüringen

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit sende ich Ihnen umseitig den von mir ausgefüllten Fragebogen zurück und bitte um Aufnahme in Ihre „Liste der für die Eignungsbeurteilung Atemschutz bei Angehörigen der Feuerwehren der Länder Sachsen-Anhalt und Thüringen geeigneten Ärztinnen und Ärzte“.

Mit freundlichen Grüßen

| Auskunft der Ärztin bzw. des Arztes | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ich bin mit den Aufgaben der Atemschutzgeräteträgerinnen bzw. der Atemschutzgeräteträger vertraut und kenne die besonderen physischen und psychischen Belastungen/Anforderungen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich versichere, dass ich die Eignungsuntersuchung nach der DGUV Empfehlung für arbeitsmedizinische Beratungen und Untersuchungen/ Eignungsbeurteilung „Atemschutzgeräte“ durchführe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die erforderliche apparative Ausstattung für die Eignungsuntersuchung ist vorhanden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin fachlich in der Lage, aus den Untersuchungsergebnissen die Eignung der Atemschutzgeräteträgerin bzw. des Atemschutzgeräteträgers festzustellen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich werde das Ergebnis der Eignungsuntersuchung schriftlich bescheinigen und der bzw. dem Feuerwehrangehörigen zur Weiterleitung übergeben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe an einer Fortbildung der FUK Mitte zum Thema Anforderungen an Atemschutzgeräteträger der Feuerwehr teilgenommen, letztmalig am _____ in _____. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn die vorherige Frage mit „NEIN“ beantwortet wurde: Ich bin bereit, innerhalb der nächsten 2 Jahre an einer entsprechenden Fortbildungsmaßnahme teilzunehmen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin mit der Aufnahme meiner Kontaktdaten: Titel: _____ Zusatzbezeichnung: _____ Name: _____ Vorname: _____ Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____ Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| in die „Liste der für die Eignungsbeurteilung Atemschutz bei Angehörigen der Feuerwehren der Länder Sachsen-Anhalt und Thüringen geeigneten Ärztinnen und Ärzte“ sowie der Weitergabe an die Kommunen der beiden Länder einverstanden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Änderungen hinsichtlich der Beantwortung obiger Fragen werde ich der FUK Mitte unverzüglich mitteilen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin bzw. des Arztes